

Hele pengestrømmen og mye makt til de regionale helseforetakene

Fra 2004 skal alle statlige tilskudd til spesialisthelsetjenesten kanaliseres via de regionale helseforetakene, som får svært vide fullmakter. Samlet avtaleansvar, fri prissetting og behovsbasert finansiering er prinsippene bak forslagene om et nytt finansieringssystem, som skal gi sykehusreformen stødige bein å stå på.

Uansett hva slags finansieringsmodell myndighetene bestemmer seg for, står ett prinsipp fast: pengestrømmen til spesialisthelsetjenesten skal gå gjennom de regionale helseforetakene.

– De regionale helseforetakene har et «sørge for-ansvar» for spesialisthelsetjenester. Som en konsekvens av at de har overtatt kontrakter, eiendommer og formue som tidligere lå under fylkeskommunene, må de ha nødvendige virkemidler til å utøve sin myndighet. Det viktigste virkemidlet er at tilskuddene går gjennom de regionale helseforetakene, sier Terje P. Hagen, leder for det offentlige utvalget som har utredet den fremtidige finansieringen av spesialisthelsetjenesten (1).

Stilles fritt

Utvalgets hovedoppgave har vært å foreslå en enhetlig finansiering av spesialisthelsetjenesten, tilpasset styringsmodellen og rolle- og ansvarsfordelingen gitt gjennom sykehusreformen.

– Det blir ingen radikale endringer, men en videreføring av dagens finansieringssystem med nødvendige tilpasninger til sykehusreformen. Forslagene gir de regionale helseforetakene bedre muligheter til å regulere pris- og aktivitetsnivået for helsetjenestene, sier Terje P. Hagen, professor ved Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo.

Tre hovedprinsipper ligger til grunn for utvalgets anbefalinger: samlet avtaleansvar, fri prissetting og behovsbasert finansiering. *Samlet avtaleansvar* innebærer at de regionale helseforetakene skal få et totalansvar for å inngå avtaler med sykehus, private spesialister og andre tjenesteytere.

Fri prissetting for behandling ved sykehusene betyr at de regionale helseforetakene skal stå fritt til å velge avtale- og finansieringstype og kan fastsette enten enhetspris eller stykkpris for tjenestene. Hvorvidt sykehusene skal finansieres ved 100 % stykkpris, ren rammefinansiering eller en mellomting, blir opp til det enkelte regionale helseforetak.

Behovsbasert finansiering vil si at det ikke betales for enkelttjenester, men for behandlingsopplegg eller behandlingsforløp basert på diagnoser gjennom DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper). Utvalget mener at en fri prispolitikk kombinert med utbygging av DRG-systemet vil gi bedre kostnadskontroll, mer effektiv ressursbruk og stimulere etablering av behandlingsskjeder for pasientene.

To modeller

Utvalget legger på bordet 29 forslag til et mer effektivt finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. Anbefalingene tar utgangspunkt i to systemnivåer, det ene mellom de regionale helseforetakene og underforetakene; det andre mellom staten og de regionale helseforetakene.

Utvalget er delt i synet på hva som er den beste modellen for finansiering mellom staten og de regionale helseforetakene. Flertallet går inn for en aktivitetsbasert modell med statlige aktivitetskrav og toppfinansiering, mens mindretallet vil ha en blandingsmodell som viderefører dagens kombinasjon av innsattsstyrt finansiering og fastsatte rammetilskudd.

Hagen, som tilhører flertallet i dette spørsmålet, fremhever to viktige hensikter med finansieringssystemet: å unngå uheldige vridningseffekter samt definere aktivitetsnivået for spesialisthelsetjenesten.

– Et hovedproblem med dagens system er at det gis 60 % stykkprisfinansiering til deler av helsetjenesten, mens andre deler ikke får stykkprisfinansiering. Dette kan føre til vridninger over mot aktiviteter som stykkprisfinansieres på bekostning av for eksempel psykiatri og habilitering av funksjonshemmede, påpeker han.

Diskusjon om stykkpris

Flertallet i utvalget vil derfor gjøre overføringene mer prioriteringsnøytrale: Med utgangspunkt i regionale behov bør det avtales et nivå for den stykkprisfinansierte aktiviteten som fullfinansieres av staten ved 100 % DRG-pris (diagnose-



Hele den statlige pengepotten til sykehusene skal fordeles gjennom de regionale helseforetakene, foreslår utvalget som Terje P. Hagen har ledet. Foto T. Sundar

relaterte grupper), og ikke delfinansieres som nå.

– Det kan imidlertid være vanskelig å treffe avtalt aktivitetsnivå eksakt. Staten må derfor være villig til å bære en del av risikoen og delfinansiere en viss aktivitet, for eksempel 2 % utover avtalt nivå. På denne måten reduseres sannsynligheten for at de regionale helseforetakene kutter i tilbudet til de svakeste gruppene for å utløse stykkprisrefusjoner, sier Terje P. Hagen. Han legger til at en aktivitetsbasert modell forutsetter at det etableres et teknisk beregningsutvalg for helsesektoren som utarbeider grunnlaget for å fastsette aktivitets- og effektivitetskrav.

Stykkprisfinansiering er imidlertid ikke uproblematisk, sier Hagen, og fremholder at det er flere forhold som trekker i retning av en lavere stykkprisandel mellom de regionale helseforetakene og sykehusene.

– Stykkprisfinansiering kan friste til å prioritere lønnsomme pasienter på bekostning av kvalitet. Dette må de regionale helseforetakene være bevisst på når de inngår avtaler og kontrakter, sier han.

Utvalget mener likevel det er viktig at de regionale helseforetakene har gode virkemidler til rådighet, og går derfor inn for å utvide klassifikasjons- og prissystemet til å

! Fakta

Finansiering av spesialisthelsetjenesten

Hagen-utvalget har utredet den fremtidige finansieringen av spesialisthelsetjenesten, *NOU 2003: 1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*.

Mandat: Å foreslå en enhetlig finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten som var tilpasset helseforetaksmodellen. Utvalget skulle legge vekt på tiltak for å øke produktivitet, kvalitet og kostnadskontroll, tilrettelegge for utdanning og forskning, stimulere til utnyttelse av private helsetilbud og bidra til økt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og andre ledd i helsetjenesten.

Tre hovedprinsipper:

- De regionale helseforetakene skal ha et *samlet avtaleansvar*: Som hovedregel skal de være avtalepartner med offentlige og private aktører som leverer offentlig finansiert spesialisthelsetjenester.
- De regionale helseforetakene skal gis mulighet til *fri prissetting*: De kan fritt velge avtale- og kontrakttyper og fastsette enhetspriser og eventuelle stykkpriser for tjenestene.
- Finansieringen skal være *behovsbasert* på grunnlag av diagnose, behandlingsprogram og behandlingsforløp.

Delt utvalg: Utvalget har lagt frem to modeller for statens finansiering av de regionale helseforetakene:

- Flertallet går inn for en modell med aktivitetskrav og toppfinansiering, det vil si at staten og de regionale helseforetakene enes om hvilket aktivitetsomfang som kan fullfinansieres innenfor en tildelt økonomisk ramme. Modellen innebærer statlig fullfinansiering opp til et visst nivå og deretter statlig delfinansiering.
- Mindretallet går inn for en blandingsmodell som er en videreutvikling av dagens finansieringsmodell. Stortinget skal fastsette rammetilskudd til regionale helseforetak som i dag. ISF-bevilgningen opprettholdes slik at økt aktivitet utløser refusjon uten noe form for tak på utbetalingene. I blandingsmodellen knyttes kravene til aktivitet og resultater til størrelsen på rammebevilgningen fra staten til regionale helseforetak.

Hagen-utvalget: Utvalget ble opprettet av regjeringen i februar 2002 og har vært ledet av professor Terje P. Hagen ved Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo. Utvalget leverte utredningen til helseminister Dagfinn Høybråten 17. desember 2002. Høringsfrist er 15. mars 2003. Anbefalingene skal legges til grunn for arbeidet med statsbudsjettet 2004.

omfatte poliklinisk behandling og behandling hos private spesialister. Men utvalget går enda lenger, og foreslår at flere sektorer; i første omgang habilitering og rehabilitering, og på lengre sikt psykiatri og deler av den høyspesialiserte medisin, blir omfattet av klassifikasjons- og prissystemer som åpner for stykkprisfinansiering.

Private likestilles

Utvalget tar til orde for at offentlige og private sykehus må gis like konkurransevilkår. Fastlegene skal få rett til å henvise pasienter direkte både til offentlige sykehus og til private sykehus som har avtale med regionale helseforetak. Private sykehus skal også ha de samme muligheter for poliklinikkfinansiering som offentlige sykehus.

– Hvordan vil et nytt finansieringssystem påvirke legenes hverdag?

– Det vil nok bli stilt større krav til effektivitet. Dette betyr nødvendigvis ikke at legene må jobbe mer, men at den medisinske virksomheten vil bli organisert mer hensiktsmessig. Det vil bli større oppmerksomhet på systematikk og produktivitet ved sykehusene, i første rekke innen elektiv kirurgi og operativ virksomhet.

Tom Sundar

tom.sundar@legeforeningen
Tidsskriftet

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. NOU 2003: 1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2002.

>>>